



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Value based health care

Autor/es

JOSU NANCLARES SALVIDEA

Director/es

FÉLIX RIVERA SANZ

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



Value based health care, de JOSU NANCLARES SALVIDEA
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

VALUE BASED HEALTH CARE

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTOR: JOSU NANCLARES

Tutor: Félix Rivera Sanz

Logroño, mayo 2020

4º curso 2019-2020 grado en enfermería

Convocatoria extraordinaria: mayo 2020

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
Antecedentes	3
Valor en el paciente.....	4
Value Based Health Care en España	5
Value Based Health Care en Europa.....	8
OBJETIVOS	13
METODOLOGIA	14
Cronograma	14
RESULTADOS	15
Tabla 1. Resultados de la búsqueda. Artículos relevantes.....	15
Control de costes y valor añadido	16
Inconvenientes	18
Valor para los pacientes	19
Experiencias implantadas.....	20
Usos y aplicaciones.....	22
Valor de la enfermería.....	22
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFIA.....	26
GLOSARIO.....	26

RESUMEN

Durante la última década tanto los sistemas sanitarios como sociales vienen experimentando el impacto de cambios en la oferta y la demanda. Debido a esto se creó el término *value based health care* (VBHC). Este término se resume en orientar la práctica asistencial hacia aquellas actividades que generen los mejores resultados en salud posibles, que sean relevantes para el paciente. Y para ello se centra y le da importancia al resultado global que se consiga siempre sobre las personas.

Mediante este trabajo se pretende ampliar los conocimientos con respecto al término Value based health-care. También se pretende conocer el valor añadido que aporta al paciente y otros grupos de interés y, también, los inconvenientes del mismo. Por último se destaca el valor que tiene la profesión de enfermería en conseguir dar valor al paciente.

Palabras clave: valor en los pacientes, cuidados enfermeros

ABSTRACT

During the last decade, both health and social systems have been experiencing the impact of changes in supply and demand. Because of this, the term value based health care (VBHC) was created. This term can be summarized as orienting healthcare practice towards those activities that generate the best possible health outcomes, which are relevant to the patient. And for this it focuses and gives importance to the overall result that is always achieved on people.

The aim of this work is to increase knowledge of the term Value based health-care. It also seeks to understand the added value it provides to patients and other stakeholders, and also the drawbacks of it. Finally, the value that the nursing profession has in managing to give value to the patient is highlighted.

Key words: patient value, nursing care

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La asistencia sanitaria, tradicionalmente, ha estado basada en la evaluación de sus actos cada uno por su lado. Es decir, evaluando eficacia, eficiencia y su coste efectividad por separado. (1)

Últimamente tanto los sistemas sanitarios como sociales vienen experimentando el impacto de cambios en la oferta y la demanda, y estos cambios pueden comprometer la sostenibilidad de ambos sistemas.(2)

El ritmo actual de desarrollo de la ciencia y la tecnología no tiene precedentes. En el ámbito de la atención de la salud, las innovaciones han producido una variedad de nuevas terapias para tratar todo tipo de enfermedades y el desarrollo de productos está cada vez más informado por los avances en áreas como la genética, que están proporcionando una gran cantidad de nueva información sobre cómo los genes influyen en las enfermedades. Estos avances tienen el potencial de mejorar drásticamente las opciones de atención y tratamiento de muchos pacientes, pero también introducen un nivel de complejidad y costo en las intervenciones sanitarias que impactarán en el sistema de salud. Los proveedores de servicios de salud están cada vez más presionados para encontrar nuevas formas fiables y rápidas de evaluar la eficacia de las nuevas tecnologías. Se necesitan urgentemente nuevos enfoques para la generación de pruebas relativas a los beneficios, la eficacia en función de los costos y la aplicación adecuada de las estas nuevas tecnologías. (3)

Desde la propia perspectiva de la sostenibilidad de las organizaciones surge la necesidad de responder a las demandas y necesidades de los clientes para poder mantenerse. En el caso de las organizaciones sanitarias, también en línea con el pensamiento enfermero, la calidad de las organizaciones se debe medir en función del grado de cobertura de las necesidades o expectativas reales de los pacientes. Es necesario, reorientar las organizaciones hacia los pacientes y ponerles en el centro del “negocio” tratando de responder y dar valor añadido a los aspectos que ellos consideran más relevantes y prioritarios.

Por todo, ello las organizaciones sanitarias de todo el mundo tienen más presión para demostrar como añaden valor a las actividades que realizan y para ello necesitan demostrar mejoría en los resultados en salud que realmente importan a los pacientes.

Debido a esta necesidad, hace algo más de una década Michael Porter creó el termino *value based health care* (VBHC). Este término se resume en orientar la práctica asistencial hacia aquellas actividades que generen los mejores resultados en salud

posibles, que sean relevantes para el paciente. Y para ello se centra y le da importancia al resultado global que se consiga siempre sobre las personas. (2)

Michael Porter junto a Elizabeth Teisberg publicaron el libro “**Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results**”, (1) en el plantearon una reorganización sanitaria convirtiendo la creación de valor para el paciente el eje central. Inicialmente la propuesta y los planteamientos a la hora de implementar este método recibieron críticas, pero el paso del tiempo y los resultados han demostrado la utilidad de VBHC. Por ello, se cree que el concepto VBHC puede ser una solución a muchos de los problemas que presenta la sanidad.

En la búsqueda de la mejor atención basada en la salud se han definido tres principales metas que se buscan alcanzar:

- Mejorar la salud de la población.
- Mejorar la experiencia de la población en los servicios de salud.
- Reducir los costos per cápita de la atención en salud.

La implantación del concepto de Value Based Healthcare requiere una implicación clara y sostenida por parte de todos los actores del sistema sanitario. (2) Cada actor tiene un peso específico para construir el conjunto de piezas para desarrollar un modelo sanitario basado en el valor:

PROFESIONAL SANITARIO: debe participar en el rediseño del proceso asistencial hacia la generación de valor añadido.

PACIENTE: debe participar e implicarse en la medición y rediseño de los procesos.

INDUSTRIA: debe acompañar a los servicios asistenciales en la generación de valor como parte intrínseca del proceso asistencial. Debería establecerse una alianza que fuese beneficiosa para todas las partes implicadas

Valor en el paciente

El valor para el paciente es aquello que él percibe. Lo que él considera relevante e importante para su estado de salud.

El valor del paciente se encuentra en la atención integrada de la atención sanitaria de un paciente, más que en la atención de un solo profesional o en una intervención discreta. El cuidado de un problema de salud como el cáncer de mama, la diabetes, el

asma o la insuficiencia cardíaca congestiva suele requerir la intervención de varios profesionales y especialistas.

El valor para el paciente se crea por los esfuerzos combinados para cuidarle en su principal problema de salud y en cualquier otra comorbilidad que los pacientes puedan tener. Por lo tanto, el valor de la atención de la salud suele revelarse sólo durante un período de tiempo prolongado, mediante la medición de resultados a largo plazo, como la sostenibilidad de la recuperación, la necesidad de más intervenciones o la aparición de enfermedades inducidas por el tratamiento. Sin embargo, como la atención de la salud suele estar fragmentada por instalaciones o especialidades, los resultados y procesos tienden a estar mal medidos. (3)

Value Based Health Care en España

En el SNS español, el concepto de Value Based Health Care (VBHC) ha tenido distinto recorrido y avance en diferentes territorios, regiones y organizaciones sanitarias. No obstante, en la sanidad pública existen ejemplos reales que demuestran la apuesta por este modelo. A pesar de la evidencia incipiente de beneficios y resultados conseguidos hasta ahora, el camino en la reorientación e implementación del enfoque de VBHC está siendo un camino largo y no libre de obstáculos. (4)

Según Jorge Aboal (1), director de asistencia sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), existen diferencias en las perspectivas de los pacientes, ciudadanos, profesionales y sistema sanitario en cuanto a “lo que hay que meter en la fórmula de valor en la parte de resultados”. Por otro lado, “el cálculo de los costes es también poco preciso”. Todo ello, se presenta como una barrera para el cálculo de valor, si seguimos la fórmula de Michael Porter”.

Según Santiago Rabanal (1) Director Gerente de la OSI Cruces, Osakidetza contempla dentro de su Plan Estratégico la necesidad de “pasar de orientarse a la producción de servicios sanitarios a reorientar su misión hacia la mejora de salud de la ciudadanía”. Se trata de “una apuesta estratégica que se quiere desplegar a toda la organización”. La alta dirección se compromete con la mejora de los resultados en salud de la ciudadanía, garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario.

A día de hoy, se han implantado los estándares para los procesos de cáncer localizado de próstata e ictus, comparando resultados mediante cuestionarios pre y post-tratamiento. Además de lo que venía midiendo hasta ahora, están también recogiendo datos sobre la experiencia del usuario mediante Mapas del Viaje del paciente. Todo esto, lo usan no solo para compararse con distintas organizaciones, sino también para

compararse internamente en distintas áreas terapéuticas. Todo esto para identificar áreas de mejora y poder cambiar. Por otro lado, han desarrollado un nuevo sistema de información para medir el coste por paciente y coste por enfermedad. “Por ejemplo, esto nos ha permitido hacer estudios piloto para comparar el coste de distintos tratamientos en personas con enfermedad de Parkinson”. (1)

Para implementar este modelo sanitario y cumplir las metas mencionadas previamente se han propuesto distintos modelos, uno de los mas mencionados ha sido el modelo de la Harvard Business Review (4), que consta de una estrategia de implementación basada en 5 componentes. Todos estos componentes por su parte aparecen en la lista española de 100 medidas creada en 2017 con el objetivo de mejorar la sanidad española.

Componente 1. Unidades Clínicas Integradas

Las Unidades Clínicas Integradas son equipos de trabajo de personal clínico y no-clínico que prestan servicios al paciente durante todo el ciclo de cuidado, por lo general organizados por patologías, no por especialidades o espacios físicos. Fue el primer componente del valor en salud en implementarse en estudios de caso como clínicas de trasplante renal y de reemplazo articular; sin embargo, varios autores mencionan la necesidad de aplicación desde el nivel primario de atención para evitar la fragmentación del servicio y que el paciente deba recurrir a múltiples instituciones.

Componente 2. Mediciones de resultados y costos por cada paciente

En la generación de valor deben construirse mediciones de resultados, tanto desde la perspectiva clínica como desde la perspectiva del paciente, manteniendo una correlación permanente con la información relacionada a los costos. En concordancia con el componente anterior, las mediciones de calidad deben migrar del cumplimiento de guías hacia los resultados del paciente, y organizarse por patologías, no por intervención realizada o por especialidad.

Estas mediciones deben realizarse en plataformas digitales de consulta abierta, siguiendo una cadena de valor definida de forma previa y tener la capacidad de manejarse desde los datos a gran escala hacia la medicina de precisión, con análisis dinámicos en tiempo real

Componente 3. Pago por paquetes integrales de atención

La cadena de valor debe centrarse en pagos por paquetes integrales de atención o también llamados pagos agrupados, en los que se calcule el costo total de un resultado en salud y en el caso de sobrecostos por reingresos o efectos adversos estos deberán ser asumidos por el prestador.

De igual forma posturas de otros estudios mencionan que estos pagos por paquetes deben ir alineados con modificaciones a los esquemas de pago al talento humano hacia un pago por resultados obtenidos e incentivos que permitan una orientación de la organización hacia una cultura de valor.

Componente 4. Redes Integradas de Prestación de Servicios

La atención en salud debe evitar la duplicación de recursos mediante la conformación de Redes Integradas, las cuales deberían construirse mediante cuatro pasos secuenciales:

1. La redefinición del rango de servicios ofertados, para cada organización prestadora, este proceso debe llevarse a cabo definiendo los grupos de riesgo en los que se va a concentrar la prestación del servicio de salud.
2. La concentración de la atención especializada en menos ubicaciones.
3. La selección de la ubicación correcta para todos los servicios de baja complejidad, ampliando su alcance geográfico, su oportunidad y su resolutiveidad.
4. La integración del proceso mediante redes de prestación entre diferentes servicios y sedes, que permitan mejorar la aplicación de guías clínicas estandarizadas, protocolos, listas de chequeo y procesos de verificación de la calidad.

Componente 5. Expansión geográfica

Acorde al componente 4, las organizaciones de salud en forma de redes deben expandir sus servicios en sus áreas de influencia, enfocadas en generar valor en salud, no en el aumento de la oferta de servicios de forma innecesaria ni en expandir la prestación de forma aislada o competitiva. Esta reorganización de la red de servicios puede darse con prestadores directos o mediante alianzas con otros centros, y debe estar correctamente articulada con los niveles de alta complejidad y con una plataforma tecnológica robusta, como se menciona a continuación.

Value Based Health Care en Europa

El principal objetivo de la comisión europea, en temas relacionados con la salud, es apoyar a sus estados para que todos ellos logren sistemas de salud eficaces, accesibles y resistentes.

La eficacia (5) se refiere a la capacidad del sistema de salud de producir resultados sanitarios positivos, es decir, de mejorar la salud de la población.

Accesibilidad (5) es la facilidad con que las personas necesitadas pueden obtener atención sanitaria y está en función de la prestación de servicios, la disponibilidad (incluidos el tiempo de viaje y los horarios de apertura) y la asequibilidad.

La capacidad de recuperación (5) es la habilidad del sistema de salud para adaptarse eficazmente a los entornos cambiantes y aplicar soluciones innovadoras para hacer frente a importantes desafíos con recursos limitados.

Hasta el momento, todas las estrategias relacionadas con conseguir los mejores sistemas de salud para los ciudadanos de la Unión Europea (5) se han centrado hasta ahora en los principios de acceso y equidad, calidad y rendimiento, eficiencia y productividad. Esto nos guía hasta el término VBHC.

El concepto de atención sanitaria basada en valores (VBHC) se ha desarrollado con el tiempo (desde 2001) y muchas iniciativas regionales y nacionales comenzaron a abordar el problema del sobrediagnóstico y el tratamiento, la desigualdad y la variación injustificada, etc. Pocas de esas iniciativas en pequeña escala han dado un paso más para reasignar realmente los recursos de la atención de bajo valor a la atención de alto valor.

Para ello se ha definido el valor en 4 pilares fundamentales (5):

- Valor personal, el individuo recibe el cuidado adecuado.
- Valor distributivo, distribución óptima entre las poblaciones de pacientes
- Valor técnico, mejores resultados posibles con los recursos disponibles
- Valor social, valor intrínseco de buena salud, permitiendo ser uno más de la sociedad

Una vez definido el valor se ha llegado a la conclusión de que en la actualidad, en muchas ocasiones, productos de alto riesgo y alto costo son sobre utilizados sin tener en cuenta las necesidades básicas del paciente y su satisfacción.

Hay pruebas considerables de desigualdad por enfermedad que conducen a una falta de valor distributivo y social de la utilización de los recursos necesarios para poder

preguntarse no si un tratamiento o un procedimiento es posible, sino si proporciona un valor real al paciente y mejora realmente la calidad de su vida o sus perspectivas de recuperación.

La mayoría de los proveedores creen que su práctica está basada en la evidencia. Su educación incluye la base científica de la salud y la enfermedad. Han sido entrenados para usar la literatura científica para comparar enfoques alternativos de diagnóstico y tratamiento. Hacen todo lo posible por mantenerse actualizados a través de lecturas y conferencias.

Sin embargo, a pesar de su atención a la evidencia, los estudios muestran repetidamente una marcada variabilidad en lo que los proveedores de salud hacen en una situación dada. Cuando se les pregunta por qué no practican de manera consistente, los proveedores de atención médica señalan que la atención médica es tanto arte como ciencia. La evidencia explícita está disponible sólo para una parte de lo que hacen. En lugar de centrarse en el uso o no uso de la evidencia, contrastamos la práctica basada en expertos con un enfoque de sistemas para la práctica. Ambos enfoques utilizan la evidencia. La diferencia entre los enfoques es la forma en que la evidencia se traduce en la práctica. Proporcionamos un marco de pasos para desarrollar, usar y mejorar un enfoque de sistemas para la práctica. (6)

La Unión Europea recomienda un plan estratégico a largo plazo para facilitar una cultura que permita liberar recursos para reinvertirlos en cuidados de alto valor y para su efectiva reasignación hacia un cuidado de la salud basado en valores que es el principal objetivo que se busca (5).

Este plan estratégico consta de 6 recomendaciones principales que se deberán cumplir para llegar al objetivo que se busca.

Recomendación 1 (garantizar el valor social): Crear una mayor conciencia de la salud como inversión esencial en una sociedad europea equitativa y justa ("la salud es riqueza"), de la centralidad de la misma como valor europeo y del compromiso, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de lograr la cobertura sanitaria universal (UHC).

Este proceso proporcionará narraciones claras que establecerán cómo la sostenibilidad financiera de los progresos actuales hacia la UHC se ve amenazada por:

- El sobrediagnóstico que conduce a un tratamiento excesivo
- La falta de equidad por enfermedad y grupos de pacientes "sin voz"
- La variación injustificada de las intervenciones sanitarias
- Los precios irrazonables de los tratamientos
- El despilfarro derivado de la ineficacia, el fraude y la corrupción

Recomendación 2 (garantizar los cuatro pilares de los valores: personal, técnico, de asignación y social): Elaborar una estrategia a largo plazo para un enfoque gradual basado en valores para el cambio de cultura.

Ya en 2020 las primeras actividades deberían haber comenzado y creado un movimiento que:

- Desarrolle un lenguaje consistente para captar el impulso hacia la sostenibilidad de la cobertura sanitaria universal,
- Capacite a los "agentes de cambio" (líderes), que evalúen los riesgos y oportunidades que existen y contextualicen el proceso de cambio en los Estados miembros de la UE,
- Defina una serie de objetivos que apoyen el objetivo de cambio a largo plazo, avanzando en pequeños pasos (planes de trabajo), por ejemplo utilizando análisis de la variación regional de, por ejemplo, los 20 Grupos de Enfermedades Relacionadas con el Diagnóstico (GRD) más frecuentes,
- Invertir en la investigación y el desarrollo de metodologías, en la investigación de la adecuación y la implementación (H2020 y Horizonte Europa),
- Piloto de I+D público basado en la necesidad para tecnologías verdaderamente innovadoras y considerar como innovaciones las intervenciones y políticas sociales y organizativas (véase el recuadro 4 sobre la prescripción social) tanto como las intervenciones basadas en la tecnología,
- Orientar las intervenciones digitales de manera que apoyen genuinamente la atención de alto valor,
- Supervisar los efectos de la implementación a gran escala mediante el uso de las fuentes de datos existentes (e. por ejemplo, registros de calidad en Finlandia, Suecia, etc.) y las metodologías existentes (por ejemplo, los indicadores)
- Crear mecanismos para seguir orientando la dirección del cambio.

Recomendación 3 (garantizar los cuatro pilares de valores: personal, técnico, de asignación y social): Apoyar la investigación y el desarrollo de metodologías sobre la idoneidad y la variación injustificada.

Ejemplos de acciones son:

- Crear foros de intercambio sobre metodologías sólidas para medir y monitorizar los patrones de la práctica clínica, la variación regional, la investigación sobre la adecuación (específicamente en las multi-morbilidades) y la inequidad por enfermedad como base para un potencial de reasignación de recursos,
- Estimular las recopilaciones de datos (incl. pruebas del mundo real y grandes datos) y análisis y el uso de registros de calidad apoyados por la informática sanitaria para la identificación de la variación regional y los resultados,
- Definir y alinear los resultados estándar que importan a los pacientes, o Promover la producción de atlas de variación injustificada,

- Acordar la elaboración de especificaciones únicas con objetivos, resultados y criterios acordados para medir el progreso de los 100 subgrupos de población más comunes que serían pertinentes para cada Estado miembro.

Recomendación 4 (garantizar el valor de asignación y de sociedad): Alentar a los profesionales de la salud a que asuman su responsabilidad y se sientan responsables del aumento del valor de la atención de la salud, lo que puede requerir liberar recursos de la atención de bajo valor para reinvertirlos en la atención de alto valor. Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la promoción de un cambio de cultura.

Algunos ejemplos de acción son:

- Estimular un proceso de reflexión sobre la responsabilidad de los recursos como aspecto central del profesionalismo por parte de las sociedades médicas, de enfermería y de otras sociedades;
- Desarrollar la capacitación en materia de administración, haciendo hincapié en la importancia de que los profesionales de la salud se responsabilicen de la salud de la población, incluida la distribución equitativa de los recursos para quienes padecen diferentes enfermedades;
- Dirigir el liderazgo clínico para garantizar la aceptación de la responsabilidad por la eficiencia de la asignación y por la e. no sólo el paciente individual, sino la sociedad en general) de sus decisiones, abarcando la libertad positiva y negativa en la toma de decisiones clínicas (véase el recuadro 9: Atención al final de la vida),
- Desarrollar las aptitudes para el liderazgo y la gestión de redes, así como las aptitudes para el liderazgo y la gestión de instituciones y servicios,
- Fortalecer la integridad profesional.

Recomendación 5 (garantizar el valor de la asignación y la sociedad): Apoyar la creación de comunidades de aprendizaje, incluidas las comunidades de profesionales de la salud, para reunir los mejores conocimientos especializados, experiencias y prácticas y aprender unos de otros mediante la medición, el establecimiento de puntos de referencia y la aplicación de medidas en toda la UE. Los Estados Miembros deben tomar la iniciativa en la identificación y determinación de las tareas más importantes, la CE debe crear un entorno de apoyo y facilitación para el establecimiento de esas comunidades de aprendizaje que contribuyan a un cambio de comportamiento y un cambio en la legislación.

Esto puede hacerse mediante:

- La identificación, el intercambio y la celebración de ejemplos de buenas prácticas;
- La recompensa (cofinanciación, concienciación y publicidad, ...) a los países que adopten enfoques sistemáticos para desarrollar y difundir buenas prácticas y que sean impulsores de la transparencia de los resultados;
- El estímulo del intercambio sobre técnicas de gestión (incentivos financieros, mecanismos reguladores e instrumentos de gestión) para desplazar recursos de la atención de bajo valor a la de alto valor y sobre la medición de los efectos, incluidos los incentivos positivos (e. g. dinero en efectivo) y los negativos (restricción de ciertas intervenciones),
- Crear una comunidad de aprendizaje sobre la puesta a prueba de la presupuestación de programas (véase el cuadro 12: Presupuestación de programas) dentro y entre las enfermedades y, en consecuencia, para el desplazamiento de recursos de los presupuestos donde hay una sobreutilización a los grupos de enfermedades donde hay evidencia de subutilización e inequidad
- Intercambio sobre estrategias para cambiar las actitudes y repensar el valor nuestra cultura médica.

Recomendación 6 (asegurar el valor personal): Apoyar las iniciativas para la participación de los pacientes en la toma de decisiones compartida (SDM), reconociendo la importancia de los objetivos, valores y preferencias de los pacientes, informados por información de alta calidad.

Las medidas incluyen:

- Co-crear modelos de atención con la comunidad de pacientes (incluyendo familias y cuidadores informales) y adoptar un marco para la participación significativa del paciente y el público en el diseño de los sistemas y servicios sanitarios (en requisitos de pruebas, M&E, debates políticos y toma de decisiones), lo que conduce a una atención sanitaria basada en valores en su sentido más amplio.

- Desarrollar, junto con las organizaciones de pacientes, las autoridades de los Estados Miembros y otras partes interesadas, una estrategia integral para implementar prácticas de potenciación y atención centrada en la persona y orientada a objetivos.
- Asegurar la participación adecuada de los pacientes y sus comunidades en la creación e implementación de medidas de resultados y medidas de experiencia definidas por el paciente (PROM y PREM)
- Explorar formas alternativas de fomentar la investigación y la innovación que satisfagan las necesidades y objetivos de los pacientes y las sociedades, al tiempo que se garantiza la solidaridad y la equidad, incluyendo asociaciones que impliquen plenamente a los pacientes
- Implicar a los pacientes en la formación y el desarrollo profesional continuo de todas las partes interesadas en la atención sanitaria basada en valores, la asignación de recursos y la desinversión
- Promover un diálogo eficaz entre el paciente y el público sobre los objetivos y prioridades de la sociedad.

El aumento del valor de nuestros sistemas de atención de salud requerirá una fuerte colaboración y un enlace intensivo que abarque la evaluación de las intervenciones (para distinguir la verdadera innovación e identificar las intervenciones de bajo valor), la supervisión de los servicios de atención de la salud prestados (investigación y planificación de los servicios de atención de la salud para identificar las variaciones injustificadas y la atención de alto valor) y las encuestas a los proveedores (asegurar el valor personal proporcionando a los pacientes información centrada en la persona)

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo principal mejorar el conocimiento sobre el término Value Based Health Care.

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica, obteniendo datos y resultados que permiten conocer las experiencias actuales de implantación de este método en el ámbito sanitario.

Por lo tanto, se pueden clasificar en dos objetivos específicos del trabajo:

1. Conocer el término Value Based Helath Care tratando de conocer el valor añadido que aporta al paciente y otros grupos de interés y, también, los inconvenientes del mismo.
2. Conocer los resultados obtenidos en las experiencias de implantación en el ámbito sanitario

METODOLOGIA

Cronograma

<u>Febrero 2020</u>	<u>Búsqueda de artículos</u>
<u>Marzo 2020</u>	<u>Lectura y selección de artículos</u>
<u>Marzo 2020</u>	<u>Selección de información relevante</u>
<u>Marzo 2020</u>	<u>Comienzo del TFG</u>
<u>Abril y mayo 2020</u>	<u>Correcciones del trabajo</u>

Para la realización del presente trabajo de investigación se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el concepto y contenidos de Value Based Health Care (VBHC). Para ello, hemos utilizado distintas fuentes de datos: Dialnet, Pubmed, y Google académico.

En la primera fase se realizó una revisión de la literatura existente mediante la búsqueda de artículos concretos y principalmente en castellano. Para ello se utilizaron los siguientes términos:

- Value-Based Health
- Value
- Healthcare
- Value-Based Health Insurance

Pero viendo que debido al criterio de inclusión de búsqueda de artículos solo en castellano no se consiguieron demasiados artículos, se decidió utilizar también los artículos que estuvieran en inglés. Y de esta forma aumento considerablemente la obtención de artículos.

Tras la búsqueda se realizó una primera lectura de los artículos para decidir cuáles podrían ser válidos para el trabajo. Para ello se seleccionaron los artículos que aportaban información sobre la evolución del término, es decir, que aportaban información desde la creación de este método, pasando por cómo ha sido la implementación, hasta la actualidad y los resultados que se han obtenido. Se desearon aquellos artículos que no estaban relacionados con el sistema sanitario que aportaban información concreta de aspectos relacionados con el valor económico (value).

Tras esta criba, los artículos seleccionados se organizaron en dos grupos.

En el primero de ellos se colocaron los artículos con información general sobre el tema y los que fuesen útiles para realizar la introducción y el desarrollo principalmente.

Por el otro lado se clasificaron los artículos más concretos que aportan los datos y resultados de casos más específicos.

RESULTADOS

Tabla 1. Resultados de la búsqueda. Artículos relevantes

TITULO	AUTOR	CONCLUSION PRINCIPAL
HACIA LA ATENCIÓN EN SALUD BASADA EN EL VALOR: REVISIÓN DE LA LITERATURA	Montaño Caicedo, Camilo Alberto Gomez Rivadeneira, Alexander Diaz Garzon, Fabián Gerardo Muños Escobar, Álvaro Isaza Ruget, Mario Arturo	Pasos a seguir para la implementación de valor como uno de los requisitos principales en la sanidad. Ejemplos nacionales, como internacionales. Revisión de literatura existente (alto grado de evidencia).
DEFINING VALUE IN “VALUE- BASED HEALTHCARE ” Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)	Anastasy, Christian Barros, Pedro Barry, Margaret Bourek, Aleš Brouwer, Werner Kringos, Dionne Lehtonen, Lasse McKee, Martin Murauskiene, Liubove Nuti, Sabina Ricciardi, Walter Siciliani, Luigi Wild, Claudia	Revisión realizada por expertos analizando las mejores opciones para incluir el VBHC en la sanidad actual. Comparando puntos a favor e inconvenientes. Destacando al paciente como elemento principal.
VALUE-BASED HEALTHCARE De la teoría a la acción	Barrubés, Joan Honrubia, Ladislao De Vicente, Marta Nake, Almudena Sopeña, Laura Vilardell, Carles Carrillo, Esteban Triquell, Lluís Portella, Eduardo	Aportar alguna guía práctica para empezar a implementar el concepto de VBHC a nuestras organizaciones, dando pasos pequeños pero efectivos para empezar a implantarlo
Evidence based medicine and the changing nature of health care	McClellan, Mark B McGinnis, J Michael Nabel, Elizabeth G Olsen, Leighanne M	Análisis para lograr una sanidad eficaz, accesible y resistente en Europa. Estrategias para apoyar una atención sanitaria eficaz y resistente para todos los ciudadanos de la Unión Europea
Nursing care activities based on documentation	Asmirajanti, Mira Hamid, Achir Yani S. Hariyati, Rr Tutik Sri	Análisis de la importancia y el valor de las enfermeras en el cuidado de los pacientes.

Control de costes y valor añadido (7)

El sistema de salud debe organizar la atención y la entrega en torno al valor que proporciona a los pacientes, medido por los resultados de salud de los pacientes por el gasto generado.

Gran parte de la confusión en torno a la mejora de la atención de la salud proviene de las diferentes definiciones de valor de los diversos agentes del sistema (por ejemplo, proveedores de atención de la salud, aseguradores, fabricantes de dispositivos, pacientes) que trabajan con propósitos cruzados hacia objetivos no definidos. La organización de los esfuerzos de reforma en torno a la mejora del valor unirá los intereses de todas las partes y es fundamental para lograr muchos otros objetivos, como la equidad en la atención de la salud y la contención de los costos.

Los resultados y los costos deben medirse por separado y compararse para determinar el valor. Esto es especialmente importante en la atención de la salud porque una de las formas más poderosas de contener los costos es mejorar los resultados, por ejemplo, mediante la detección temprana o un tratamiento menos invasivo.

Tratar la contención de los costos como un objetivo en sí mismo, en lugar de como un valor para el paciente, ha sido un gran obstáculo para mejorar el valor de la atención de la salud. El valor de la atención de la salud no se mide en gran medida. La medición del valor depende de que se midan adecuadamente los resultados de la salud y luego se comparen los costos totales para lograrlos.

Actualmente, hay mucha confusión sobre la medición de procesos en lugar de resultados. La medición de factores estructurales como la adhesión a las mejores prácticas, protocolos o directrices es un indicador imperfecto de los resultados sanitarios, aunque los estudios han demostrado que la desviación de éstos puede conducir a resultados deficientes.

Las directrices suelen ser incompletas y no logran adaptar la atención a las circunstancias de cada paciente. Además, las directrices de procesos pueden frenar la innovación porque a menudo deben perfeccionarse a medida que se dispone de nuevas pruebas.

Del mismo modo, centrarse únicamente en los indicadores de salud como resultados proporciona un panorama incompleto. Los indicadores como los niveles de hemoglobina A1c utilizados como marcador del control del azúcar en la sangre en la atención de la diabetes deben estar estrechamente correlacionados con los episodios y complicaciones agudos. Son predictores de resultados, no los resultados en sí mismos.

Los proveedores tienden a medir sólo sus propias intervenciones o servicios, aunque esto no sea lo que determina el valor general. La reunión de datos longitudinales a largo plazo sobre los resultados es un desafío, y más aún debido a los procesos y prácticas organizativas actuales. Estos mismos obstáculos también dificultan la medición precisa de los costos.

Para cada problema de salud, los múltiples resultados definen colectivamente el valor del paciente. La medición de toda la jerarquía de resultados será esencial para mejorar

el valor. Al hacerlo, se podrá progresar a ritmos y niveles de atención diferentes. A medida que las tasas de supervivencia sean muy altas, por ejemplo, la investigación podría centrarse en la velocidad del tratamiento o en la reducción del malestar.

Los avances en las ciencias de la salud han llevado al desarrollo de terapias para abordar una gran mayoría de las condiciones médicas de alguna manera, incluyendo el trasplante de órganos, nuevas terapias para el cáncer y el reemplazo de articulaciones.

Hoy en día, existe la oportunidad no sólo de desarrollar nuevas terapias sino de mejorar y reducir el costo de las terapias existentes. Para determinar el valor, se deben medir los costos totales de la atención.

Al igual que los resultados, los costos deben medirse a lo largo del ciclo de atención. Los proveedores y los planes de salud deben trabajar juntos para medir los costos acumulados por actividad para cada paciente individual a lo largo del tiempo. Los planes de salud desempeñarán un papel importante en la medición de los costos, y el foco de atención del reembolso de la atención de la salud debe pasar a los modelos agrupados para los problemas de salud. Los planes de salud, los proveedores, los empleadores y la política gubernamental pueden contribuir a hacer realidad la medición del valor de la atención de la salud. Si todas las partes en la atención de la salud pudieran realmente medir y adoptar el valor como objetivo central, las oportunidades para mejorar la prestación de la atención de la salud serían casi ilimitadas.

El sistema de atención de la salud se enfrenta a graves problemas y el Instituto de Medicina (IOM) ha desempeñado un papel fundamental en el llamamiento a una transformación fundamental del sistema de prestación de servicios para lograr la visión de un sistema de prestación de servicios centrado en el paciente, de alta calidad, equitativo y eficaz. También se reconoce cada vez más que nuestro actual sistema de prestación de servicios no está cumpliendo la promesa de mejorar la salud que ofrecen los avances en los conocimientos biomédicos, y el futuro ritmo de cambio puede ampliar considerablemente esta brecha. La Mesa Redonda del IOM sobre Medicina Basada en la Evidencia se estableció "para ayudar a transformar la forma en que se generan y utilizan las pruebas sobre la eficacia clínica para mejorar la salud y la atención sanitaria". Las nociones clave son proporcionar mejores pruebas sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones y para apoyar una mejor aplicación de ese conocimiento a la práctica clínica.

En varios informes recientes se destaca el creciente consenso sobre la necesidad de ampliar el apoyo a las investigaciones de eficacia comparativa que proporcionan mejor información sobre los riesgos y beneficios de tratamientos específicos. Mediante el análisis de zonas pequeñas se subraya que el alcance del reto supone aportar pruebas a la práctica actual y señalar la oportunidad de mejorar tanto los costos como la calidad de la atención garantizando una definición amplia de la necesidad de pruebas.

Inconvenientes (3)

Casi todos los aspectos de la introducción de más pruebas en el sistema de atención de la salud tienen complicadas implicaciones políticas. Los expertos están de acuerdo en que la forma en que estos cambios se presenten a los responsables políticos y al público será fundamental para su aceptación. Además, se necesita un consenso sobre cómo medir el valor de los servicios de salud para alinear las aplicaciones de la evidencia con los objetivos generales de la salud.

Definir y medir el valor es fundamental para el progreso. La mejora del rendimiento y la rendición de cuentas sólo son posibles cuando existe una comprensión clara y compartida de la meta, o "función objetiva", para utilizar el término de un economista. En la mayoría de las industrias, los participantes contratan libremente y los precios se fijan en mercados abiertos y competitivos. La función objetiva es obtener claramente un beneficio. Sin embargo, en la prestación de servicios de salud, la función objetiva no es tan clara. Las opciones de los participantes están limitadas, los precios están fijados o muy influidos por el gobierno y, en muchos casos, la misión de servicio público y las entidades sin fines de lucro coexisten con el ánimo de lucro.

Pero hay confusión y falta de consenso sobre la función objetiva apropiada en la atención de la salud. Muchos sobre el terreno hablan del acceso como el objetivo. Otros señalan la equidad, el servicio comunitario o una mejor salud de la población. Otros definen el objetivo como la satisfacción del paciente, la calidad, la seguridad o la atención que es consistente con la evidencia médica. Casi todos los actores identifican la contención de los costos y el logro de un superávit de explotación como uno de sus principales objetivos.

El taller de la IOM sobre medicina basada en pruebas puso de relieve las numerosas limitaciones de la base de pruebas actual, centrándose principalmente en los retos que plantean las terapias biológicamente selectivas.

Entre los aspectos más destacados figuran la falta de pruebas sobre la eficacia o efectividad de muchas intervenciones, la dificultad de extrapolar de los ensayos realizados en poblaciones seleccionadas a las que padecen múltiples afecciones crónicas, y el reconocimiento cada vez mayor de que los beneficios de las intervenciones varían según el riesgo subyacente de la población: los ensayos que muestran beneficios para el paciente medio pueden no revelar que muchos pacientes de menor riesgo pueden resultar perjudicados por recibir el procedimiento, mientras que los que corren mayor riesgo reciben beneficios sustanciales.

El creciente reconocimiento de la importancia de las investigaciones sobre eficacia comparativa puede atribuirse a la creciente atención que se presta a estas cuestiones.

La magnitud relativa de la incertidumbre que rodea el uso de terapias seleccionadas, discretas y con objetivos biológicos puede ilustrarse mediante las variaciones regionales de las tasas de estos servicios entre la población de Medicare. Se ha encontrado útil distinguir la atención efectiva (tratamientos en los que la evidencia de los beneficios es sólida y no hay compensaciones entre los beneficios y los daños) de la atención sensible a las preferencias (en la que las actitudes de los pacientes respecto de los riesgos del tratamiento deben sopesarse con los beneficios aún no comprobados de la detección) como por ejemplo las intervenciones coronarias percutáneas para la angina estable (en la que el modesto beneficio en términos de alivio de la angina debe sopesarse con la necesidad de toda una vida de terapia antiplaquetaria entre otros riesgos).

Cuando observamos las intervenciones comunes con objetivos biológicos -tanto diagnósticos como terapéuticos- vemos una dramática variabilidad a lo largo de los Estados Unidos. Para hacer frente a estas variaciones no sólo será necesario contar con mejor información sobre los riesgos y los beneficios (investigación de eficacia comparativa), sino también garantizar que las decisiones de tratamiento reflejen los juicios bien informados de los pacientes en lugar de las opiniones de los proveedores.

Valor para los pacientes(3)

A la hora de obtener los resultados es necesario saber cuáles son los resultados que de verdad importan a los pacientes. Para ello es necesario contar con los pacientes desde el principio, ya sea mediante entrevistas y preguntas o con contacto directo. Hay dos motivos principales por los cuales es necesario hacer esto:

- Son los pacientes quienes deben definir qué resultados en salud son relevantes para ellos.
- Son los pacientes quienes contribuirán a recoger los datos necesarios para medir dichos outcomes, en la fase de recuperación.

A la hora de obtener los resultados hay que seguir una serie de fases, para que el proceso tenga sentido y los resultados obtenidos sean los correctos.

En la fase inicial sería conveniente incorporar un grupo de trabajo compuesto por pacientes para trabajar con el servicio/especialidad y proceso clínico seleccionado para iniciar el proceso de definición de outcomes.

Una vez constituido el grupo de pacientes, sería conveniente realizar una investigación previa en la literatura y en casos reales sobre medición de outcomes en dicho proceso asistencial y/o patología.

Para conocer la percepción del paciente sobre los resultados de salud y en base a qué factores, a menudo relacionados con su calidad de vida, se valoran estos resultados y se manejan los llamados Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Los PROMs son medidas de salud percibidas por los pacientes y la población que incluyen síntomas, funcionalidad, percepción de salud, calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con el tratamiento.

Por otro lado, los Patient Reported Experience Measures (PREMs) miden la percepción del paciente sobre el proceso asistencial recibido, sobre elementos como los tiempos de espera, la calidad de la información recibida, el confort y descanso, la comprensión sobre el tratamiento, etc.

Podríamos decir que los PROM están más relacionados con el objetivo del tratamiento o intervención, mientras que los PREM están relacionados con el proceso de ese tratamiento o intervención, según la experiencia del paciente.

Experiencias implantadas(3)

El Consorcio Internacional de Medición de Resultados en Salud (ICHOM, por sus siglas en inglés), está creando sets de indicadores para la implementar resultados de manera estandarizada, esto es un componente esencial del VBHC.

ICHOM no solo ofrece un set de estándares; también la oportunidad de comparación entre organizaciones de todo el mundo que usan estos marcos de referencia en la medición. De cara al futuro, se quiere promover la transparencia y comunicación de los resultados, y la adopción por parte de los pagadores de modelos de pagos basados en valor. “La medición de resultados en salud no solo beneficia a los pacientes, también al resto de agentes que participan en el sistema: profesionales y organizaciones sanitarias, pagadores e industria”.

ICHOM reúne a representantes de pacientes, médicos y otros profesionales para priorizar un conjunto de resultados clave para diferentes afecciones médicas. Estos se publican en sus Standard Sets de acceso abierto y son utilizados por los hospitales para guiarse al escoger qué resultados medir.

Algunas de las condiciones médicas en las que trabajan son:

- Aparato cardiovascular y circulatorio: Ictus, fibrilación auricular, enfermedad arterial coronaria.
- Anomalías congénitas: parálisis facial periférica aguda idiopática en niños. Malformaciones congénitas del miembro superior, microsomía craneofacial.

- Diabetes e insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón.
- Depresión y ansiedad, desórdenes de personalidad, abuso de sustancia y adicciones, etc.
- Artritis, osteoartritis, dolor lumbar.
- Enfermedad de Parkinson.
- Demencia.

A día de hoy, “más de 30 países, 600 organizaciones y 15 registros nacionales están trabajando con los estándares de medición de ICHOM; y se han llegado a desarrollar 23 sets de indicadores”. El desarrollo de los sets se fundamenta en los siguientes principios:

1. se definen para una condición específica.
2. corresponden al mínimo de indicadores.
3. los pacientes están directamente implicados en la definición.
4. se mide la carga de síntomas y enfermedad, estado funcional y calidad de vida de los pacientes.
5. las fuentes y momentos de recogida de datos están definidos.

Las cuatro fases de implementación se resumen en la fase inicial de preparación y planificación de cómo se va a desarrollar en la propia organización y contexto, la fase siguiente de diagnóstico en la organización para conocer los procesos y herramientas para implementar los estándares de indicadores, el despliegue de recursos, procesos y medición de indicadores; y por último la fase de evaluación y despliegue total del proceso de recogida y análisis de los indicadores de resultados en salud.

Actualmente en España existen experiencias en centros sanitarios como el Hospital 12 de Octubre o el Hospital de Cruces, entre otros y a nivel de asociaciones científicas como la Sociedad Española de Nefrología. Respecto a las sociedades científicas de enfermería no se ha hallado ninguna información.

Usos y aplicaciones (8)

En la práctica:

- Atención sanitaria personalizada
- Empoderamiento y toma de decisión compartida
- Acompañamiento y humanización

En la Gestión y planificación:

- Impacto de la asistencia y políticas de salud
- Organización de la cartera de servicios
- Concentración de la alta complejidad
- Especialización dentro de los servicios
- Priorizar los recursos donde realmente aportan
- Rediseño de circuitos y ajuste
- Homogeneización y personalización de la atención
- Benchmarking y aprendizaje
- Investigación e innovación

Valor de la enfermería

Durante muchos años, los administradores de enfermería han experimentado frustración por la falta de datos significativos sobre el trabajo de las enfermeras que tiene un impacto directo en los resultados de los pacientes. Esta situación ha sido particularmente problemática cuando se justifican los presupuestos o se demuestra públicamente la forma en que las enfermeras afectan directamente a la salud de sus pacientes. Al mismo tiempo, dada la variedad de personal que presta atención directa a los pacientes, la reunión de datos relacionados con los resultados de los pacientes permitiría a los administradores orientar su asignación de la atención a otros trabajadores de la salud, regulados y no regulados. Este cambio significativo en el uso de los resultados de los pacientes en el establecimiento de prácticas debe integrarse en los planes de estudio de la enseñanza de enfermería, de modo que los estudiantes estén preparados de manera técnica y práctica para los cambios que se están produciendo actualmente.(9)

En la última década se ha prestado mayor atención a la obtención de valor para pacientes en la atención de la salud. Esto se hace a menudo en forma de programas destinados a cambiar los comportamientos profesionales. Los profesionales de la salud en los hospitales tradicionalmente han resentido esas iniciativas porque los programas de seguridad del paciente suelen adoptar una forma gerencial que puede interpretarse como un desafío a la identidad profesional.(10)

Las enfermeras se dedican a diversas actividades desde el momento de la admisión de un paciente hasta su salida del hospital, ayudando a los pacientes a satisfacer sus necesidades. Cada una de las actividades debe ser documentada adecuadamente como una prueba auténtica y crucial.(11)

Las prácticas de enfermería tienen su origen en un enfoque del tratamiento médico que puede describirse como holístico, mientras que los médicos se inclinan por basarse en los datos de las consultas y las pruebas. Esta diferencia se describe a veces con la idea de que los médicos tratan la enfermedad mientras que las enfermeras tratan al paciente. Algunos defienden que los médicos se adhieren a la "cura" mientras que las enfermeras se adhieren al "cuidado". Así pues, las enfermeras tienden a acercarse a los pacientes de una manera diferente a la de los médicos, confiando más en el diálogo y el apoyo mental, y en algunos casos estableciendo una relación más estrecha con ellos que con los médicos. Así pues, los valores de la enfermería suelen estar arraigados en la atención holística e incommensurable a los pacientes, contrastada con la cura cuantificable de los médicos. (10)

Las actividades de enfermería son muy importantes dentro del hospital y deben resolver los problemas que el paciente necesita. Cada actividad de enfermería debe producir documentación con pensamiento crítico. Si los documentos de enfermería no son claros y precisos, la comunicación interprofesional y la evaluación de los cuidados de enfermería no pueden ser óptimos. La actividad y la documentación enfermera deben ser continuamente dirigidas, controladas y evaluadas por una enfermera jefe. La calidad de las actividades de enfermería siempre debe ser buena para aumentar la satisfacción del paciente, la seguridad del paciente y la rentabilidad. (11)

Para los pacientes, la buena calidad de la atención y un enfoque holístico seguirán siendo de vital importancia. Una perspectiva del paciente sobre esta cuestión sería valiosa y contribuiría a la comprensión de las consecuencias de los sistemas de auditoría en la atención de la salud. Dándole mayor importancia al trabajo realizado por las enfermeras. (10)

CONCLUSIONES

- El valor debe ser el objetivo fundamental de cualquier sistema de salud. Medir el valor, y mejorarlo, debe convertirse en la fuerza motriz de cada participante en el sistema.
- No es fácil aislar los resultados en salud de los pacientes y poblaciones que viene por la actividad realizada desde el ámbito sanitario, por son muy importantes los determinantes de la salud que condicionan la salud de las personas y poblaciones ya que ayudan con los resultados.
- VBHC implica transformar las relaciones del sistema sanitario con los pacientes.
- La importancia de trasladar y transparentar los resultados en salud de los proveedores, de cara a que se conozcan por parte no solo de los profesionales, sino también de los pacientes.
- Este modelo implica una transformación en el ámbito sanitario: cambiar las formas de trabajar con el paciente y la población.
- El rediseño de procesos para introducir la voz de los pacientes y su percepción en la medición de resultados en salud y su participación activa en la transición hacia VBHC.
- La reorganización funcional y la creación de equipos transversales que trabajen sobre grupos de pacientes es uno de los pilares en la reorientación hacia modelos de valor.
- La introducción de sistemas de retribución e incentivos que fomenten el trabajo conjunto de los profesionales a favor de la creación de valor.
- El desarrollo de cuadros de mando y sistemas de monitorización que permitan la evaluación de los resultados alcanzados y los costes reales incurridos.
- La promoción de una cultura de cooperación y atención en base a valor dentro de la organización y los equipos profesionales para avanzar en la estrategia de valor.

- La medición de los resultados en salud percibidos por el paciente obliga a rediseñar el proceso de atención y el papel que tiene el propio paciente en el mismo.
- Las organizaciones tienen la responsabilidad de medir los resultados que alcanzan en términos de salud para el paciente y población, y de implementar las métricas que importan desde la perspectiva de las personas.
- Conseguir orientar los modelos a valor llevará a que los propios pacientes puedan elegir a los profesionales en base a los resultados que se consigan. Al igual que los proveedores tomarán decisiones en base a la medición que hagan de los resultados obtenidos. Los pagadores, por su parte, podrán establecer modelos de pago por valor y tomar decisiones de inversión para incorporar tecnologías y nuevas formas de organización que aporten valor a los pacientes.
- Las Organizaciones Sanitarias tienen la responsabilidad de conocer los costes de su actividad.
- Cada organización debe adoptar el modelo de valor que mejor se ajuste a las necesidades de su población y pacientes, y al contexto en el que opera.
- A pesar de los beneficios que se esperan de las innovaciones que están llegando y vendrán, presentan una amenaza para el gasto de los sistemas sanitarios, más aún cuando no existe evaluación ninguna sobre el valor que aportan. Es necesario estudiar los resultados en salud de dichas innovaciones, desarrollar sistemas de pagos ligados a sus resultados, e instalar sistemas de información transparentes que sustenten la recogida de información y toma de decisiones.
- La enfermería por su propia formación, por su perspectiva holística y por su cercanía al paciente es un valor fundamental en la aplicación de los cuidados basados en las necesidades percibidas y priorizadas por los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Nuño-Solinis R, Urtaran-Laresgoiti M, Urizar E, Antepara C. La transformación hacia una sanidad basada en valor. 2018;
2. Barrubés J, HONRUBIA L, DE VICENTE M, NAKE A, SOPEÑA L, VILARDELL C, et al. VALUE-BASED HEALTHCARE De la teoría a la acción. 2019;
3. Mcclellan MB, Mcginnis JM, Nabel EG, Olsen LM. Evidence based medicine and the changing nature of health care.
4. Montañó Caicedo CA, Gomez Rivadeneira A, Diaz Garzon FG, Muños Escobar Á, Isaza Ruget MA. HACIA LA ATENCIÓN EN SALUD BASADA EN EL VALOR : REVISIÓN DE LA LITERATURA. 2017;20(3):164–73.
5. Anastasy C, Barros P, Barry M, Bourek A, Brouwer W, Kringos D, et al. DEFINING VALUE IN “ VALUE- BASED HEALTHCARE ” Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH).
6. Kenney JT. Value-Based Care Must Be Linked to Improved Clinical Outcomes. 2016;(February):2016.
7. Musich S, Wang S, Hawkins K. The Impact of a Value-Based Insurance Design. 2015;18(3):151–9.
8. Rabanal S. VBHC : de la teoría a la acción. 2019;
9. Orchard C, Reid-Haughian C, Vanderlee R. Health Outcomes for Better Information and Care (HOBIC): integrating patient outcome information into nursing undergraduate curricula. Can J Nurs Leadersh. 2006;19(3):28–33.
10. Asmirajanti M, Hamid AYS, Hariyati RTS. Nursing care activities based on documentation. BMC Nurs. 2019;18(Suppl 1):1–5.
11. Heldal F, Kongsvik T, Håland E. Advancing the status of nursing: Reconstructing professional nursing identity through patient safety work. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):1–12.

GLOSARIO

VBHC: value based health care

SERGAS: Servicio Gallego de Salud

OSI: Organización Sanitaria Integrada

IOM: intstitute of medicine

ICHOM: International Consortium for Health Outcomes Measurement

PREMs: Patient Reported Experience Measures

PROMs: Patient Reported Outcome Measures

...